

<https://doi.org/10.22519/21455333.761>

CASO CLÍNICO

Recibido para publicación: octubre 29 de 2016.

Aceptado en forma revisada: diciembre 26 de 2016.



ISSN: 2145-5333

Quiste dentígero una patología frecuente en el ambiente geográfico sur americano: reporte de caso

Dentigerous cyst a common pathology in south american geographical environment: case report

Oscar García Dean,¹ Erich López Aparicio,² Jonathan Harris Ricardo³

RESUMEN

El quiste dentígero es un quiste odontogénico del desarrollo que por lo general se produce en la segunda y tercera década de la vida, es uno de los tipos más frecuentes de quistes odontogénicos, se le reporta frecuentemente en el medio geográfico Sur Americano, es ampliamente relacionado con dientes retenidos, siendo los terceros molares inferiores los más involucrados.

Se presenta caso de paciente masculino con un quiste dentígero, localizado en ángulo mandibular derecho, de gran tamaño, causando deformidad facial, se describen las características clínicas, radiográficas, histopatológicas y tratamiento quirúrgico.

Palabras Claves: quiste dentígero, cirugía bucal, diente impactado (DeCS Bireme).

ABSTRACT

The dentigerous cyst is a developmental odontogenic cyst usually occurs in the second and third decade of life, is one of the most common types of odontogenic cysts, it is frequently reported in the South American geographical environment, it is widely associated with impacted teeth, lower third molars being the most involved.

If male patient is presented with a dentigerous cyst located in the right mandibular angle, large, causing facial deformity, clinical, radiographic, histopathological and surgical treatment are described.

¹ Odontólogo, Residente de Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Cartagena.

² Odontólogo, Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Magister en Microbiología Clínica. Universidad de Cartagena.

³ Odontólogo, Especialista en Estomatología y Cirugía Oral, Magister en Microbiología Molecular, Universidad de Cartagena; Corporación Universitaria Rafael Núñez.

Correspondencia: colocar solo el e-mail de la persona responsable de la comunicación futura.

Keywords: dentigerous cyst, surgery oral, tooth impacted (MeSH Database).

INTRODUCCIÓN

El quiste dentígero (QD) se deriva del epitelio reducido del esmalte que rodea la corona de un diente no erupcionado. Cualquiera que sea su tamaño, el quiste permanece unido al margen cervical del diente afectado. La corona del diente se localiza, por ello, dentro de la luz del quiste y la raíz permanece en el exterior (1).

Calero y cols, realizaron un estudio en pacientes con QD en Colombia y afirman que comúnmente se presenta en la segunda y cuarta década de la vida, puede afectar tanto al sexo femenino como al masculino, tiene mayor predilección por la mandíbula, se le relaciona mayormente con terceros molares retenidos, continuando con caninos superiores y segundos premolares inferiores (2). Es de crecimiento lento, presenta escasa sintomatología, el paciente puede mostrar una erupción dental retardada que generalmente se le asocia al QD, a la palpación sobre la lesión provoca crepitación por adelgazamiento de la corteza ósea, en ocasiones la consistencia es blanda debido a la ausencia de hueso cortical durante el período de exteriorización del quiste y la mucosa que lo recubre presenta características normales (3).

Diversos autores reportan el comportamiento de la patología en el medio geográfico Sur Americano, Ochsenius y cols, en un estudio realizado en Chile, analizaron 2.944 casos de quistes odontogénicos y QD fue el segundo más frecuente representado por 546 casos (4), Prockt y cols, reportaron 151 casos de QD en Brasil (5), Moncada y cols, identificaron la prevalencia de lesiones quísticas bucales en una población Venezolana y el QD ocupó el segundo lugar en frecuencia con 49 casos (6), en Colombia Jiménez y cols (7), reportaron 263 casos de QD en adultos, mientras que Espinal y cols, cuatro casos en niños (8).

Se caracteriza radiográficamente por mostrar una imagen radiolúcida, unilocular, redondeada, con un límite nítido que engloba la corona del diente implicado, en algunos casos genera rizólisis en los dientes adyacentes y expansión de tablas óseas, debido a su elevado potencial de crecimiento, puede producir asimetrías, compresión de las estructuras nerviosas y desplazamiento dental (2).

Histológicamente se encuentra revestido por una capa relativamente uniforme de epitelio plano estratificado no queratinizado; que mide de dos a diez células de espesor, el revestimiento epitelial puede convertirse en hiperplásico, atrófico o ulcerado, también se pueden ver depósitos de colesterol cristalino, hemosiderina, cuerpos hialinos y macrófagos cargados de lípidos, posee una cápsula de tejido conjuntivo fibroso denso (3).

Freitas y cols, reportaron un caso inusual de quiste bilateral en Brasil y afirman que en el diagnóstico diferencial se deben incluir otras lesiones quísticas que presentan aspecto radiográfico similar, tales como el tumor odontogénico queratoquístico y el

ameloblastoma unicístico, siendo importante analizar todo el conjunto de características recopiladas en el estudio clínico, radiográfico e histopatológico, para diferenciarlo (9).

La terapéutica quirúrgica es la indicada y dependerá de la localización, el tamaño y relación con estructuras vecinas, las lesiones pequeñas se intervienen realizando osteotomía, extracción del diente impactado y remoción de la lesión, en las lesiones de mayor tamaño la intervención quirúrgica es extensa, donde incluso puede haber resección de la mandíbula, la extirpación completa del quiste con el diente impactado es el tratamiento principal para prevenir su recurrencia (10).

Dado que el QD es una patología frecuente en el medio Sur Americano, es muy importante que el odontólogo conozca los factores etiológicos, parámetros clínicos e histológicos que lo caracterizan, para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

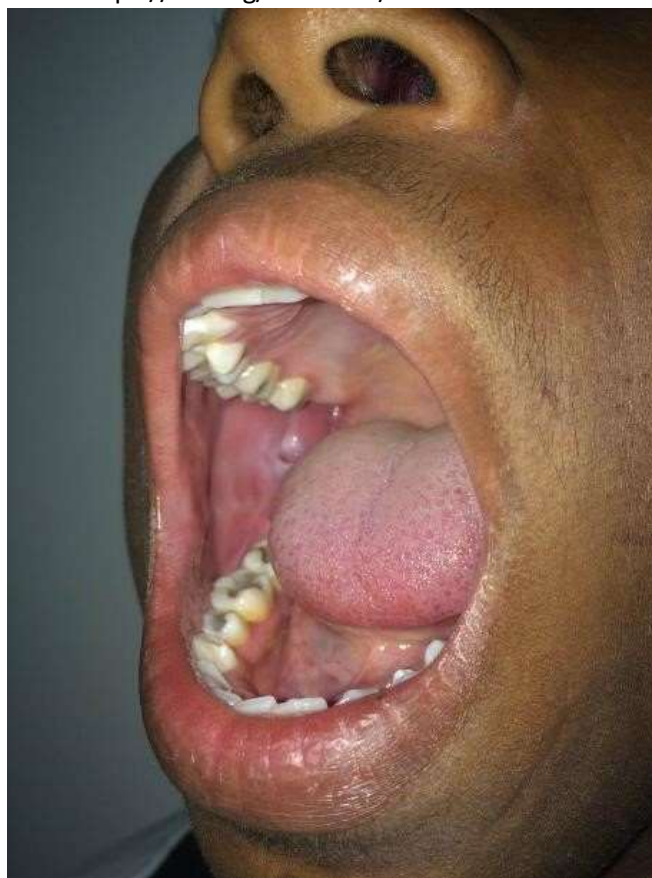
CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 20 años de edad, procedente de Cartagena Colombia, sin antecedentes médicos de importancia para el caso, que asiste a consulta por presentar tumor en región de rama y ángulo mandibular derecha, refiere dolor esporádico y asimetría facial. Al examen físico se observa deformidad de contorno en región mandibular derecha (Figura 1), se palpa zona fluctuante, apertura oral normal, intraoralmente se observa borramiento del surco vestibular derecho con hiperqueratosis asociada a trauma por el acto masticatorio en tercio posterior de carrillo (Figura 2).

Figura 1. Lesión tumoral en ángulo mandibular derecho, causando asimetría facial.



Figura 2. Imagen intraoral en donde se observa borramiento del surco vestibular derecho e hiperqueratosis en mucosa yugal asociada a trauma crónico.



Radiográficamente se observa imagen radiolúcida que compromete rama y ángulo mandibular derecho con diente 48 incluido en posición mesioangular, corona clínica por debajo de ápices del diente 47, basal mandibular delgada con diente 48, en riesgo de fractura patológica, canal dentario inferior se encuentra desplazado hacia la basal mandibular derecha (Figura 3).

Se realiza biopsia incisional y la muestra se envía para estudio histopatológico, en la descripción microscópica se reportaron cortes que muestran en su mayor parte tejido fibroconectivo y fragmentos óseos sin alteraciones, en uno de los fragmentos se observa recubrimiento epitelial de la lesión quística tapizada por epitelio plano sin displasia, compatible con quiste dentígero.

Figura 3. Imagen radiolúcida que afecta rama y ángulo mandibular derecho, sin comprometer la basal mandibular, se observa en su interior, el diente 48 incluido en posición mesioangular, debajo de los ápices radiculares del diente 47.



Se decidió realizar la remoción quirúrgica del quiste bajo anestesia general. Se procedió con incisión lineal en fondo de surco en región de molares derechos inferiores, se levanta el colgajo mediante periostotomo de molt y se expone cavidad quística, luego se separa la membrana quística de los tejidos circundantes y se extrae la capsula quística en toda su extensión, posterior a esto se procedió con la exodoncia de diente 48 incluido y curetaje óseo del lecho quirúrgico, hemostasia y puntos de sutura, se ordenaron recomendaciones postoperatoria, terapia farmacológica y controles clínicos.

Después de siete días se realizó en primer control clínico en el que se observó, tejidos blandos en buen proceso de cicatrización y ausencia de dolor, posteriormente un segundo control a los 30 días en el que se observó en la ortopantomografía imagen radiolúcida con bordes bien delimitados, de la zona quirúrgica, con trazos radiodifusos y zonas grises en su interior, los cuales son indicativos de buena cicatrización ósea (Figura 4), en el tercer control realizado a los 60 días, se observó en la ortopantomografía mayor número de imágenes radiopacas, en el interior de la zona quirúrgica, relacionados con formación ósea (Figura 5).

Figura 4. Control radiográfico a los 30 días, en el que se observó imagen radiolúcida con bordes bien delimitados, ramita y ángulo mandibular derecho, con trazos radiodifusos y

zonas grises en su interior, los cuales son indicativos de buena cicatrización ósea.



Figura 5. Control radiográfico realizado a los 60 días, en el que se observó mayor número de imágenes radiopacas, en el interior de la zona quirúrgica, relacionados con formación ósea.



DISCUSIÓN

Los quistes dentígeros, rodean la corona de un diente no erupcionado, tienen mayor predilección por la mandíbula y se le relacionan mayormente con terceros molares retenidos, es de crecimiento lento, presenta escasa sintomatología, el paciente puede mostrar una erupción dental retardada que generalmente se le asocia al QD, a la palpación digital sobre la lesión provoca crepitación por adelgazamiento de la corteza ósea; en ocasiones la consistencia es blanda debido a la ausencia de hueso cortical y la mucosa que lo recubre presenta características normales (11).

Antunes y cols, en un estudio realizado en Brasil, manifiestan que alrededor del 70 a 75% de los quistes dentígeros ocurren en la mandíbula y el 30% en la maxilar (12), González y cols, realizaron una revisión de literatura y reportaron un caso QD en Caracas Venezuela, en el que afirman que aunque los quistes dentígeros pueden afectar a cualquier diente no erupcionado, por lo general están asociados a los terceros molares, seguido por caninos y rara vez a dientes deciduos no erupcionados y dientes supernumerarios (13); coincidiendo con el presente reporte de paciente con diagnóstico de QD, en el que presentó diente el 48 con inclusión profunda, con afección mandibular.

Con relación al tratamiento Vázquez y cols, reportan un caso de paciente con QD en Buenos Aires Argentina y aseveraron que el tratamiento ideal incluye la extracción del diente asociado y la eliminación de la totalidad de la capsula del quiste (14); concordando con el actual trabajo en el que se realizó enucleación total del quiste y de la exodoncia del diente 48 asociado a la patología.

REFERENCIAS

1. Sridevi K, Kaushik A, Ramaswamy P, Manjula M, Vinod VC, Aravinda K. Dentigerous Cysts of Maxillofacial Region- Clinical, Radiographic and Biochemical Analysis. [Kathmandu Univ Med J](#) (KUMJ). 2015; 13: 8-11.
2. Calero J, Rodríguez M. Quiste Dentígero - Reporte de Casos. [Revista Estomatología](#) 2006; 14: 6-10.
3. Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald-Jankowski D, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. [Int J Oral Maxillofac Surg](#). 2010; 39: 878-882.
4. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. [Med Oral Patol Oral Cir Bucal](#) 2007; 12: 85-91.
5. Procktt AP, Schebela CR, Maito FD, Sant'Ana-Filho M, Rados PV. Odontogenic cysts: analysis of 680 cases in Brazil. [Head Neck Pathol](#). 2008; 2: 150-156.
6. Moncada Ricardo, Salazar C, Bernardoni C, Morales C, Bogarín J, Salazar V Juan, et al. Lesiones quísticas bucales diagnosticadas en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. [Acta odontol. venez.](#) 2005; 43: 39-49.
7. Jiménez G. Raúl, Alejandro Díaz I. Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 1972-2003. [Rev Fac Odont Univ Ant](#) 2006; 17: 19-25
8. Espinal G, Manco HA, Aguilar G, Castrillón L, Rendón JE, Marín ML. Estudio retrospectivo de anomalías dentales y alteraciones óseas de maxilares en niños de cinco a catorce años de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. [Rev Fac Odontol Univ Antioq](#) 2009; 21: 50-64.
9. Freitas DQ, Tempest LM, Sicoli E, Lopes-Neto FC. Bilateral dentigerous cysts: review of the literature and report of an unusual case. [Dentomaxillofac Radiol](#). 2006; 35: 464-468.

10. Aher V, Chander PM, Chikkalingaiah RG, Ali FM. Dentigerous cysts in four quadrants: a rare and first reported case. [J Surg Tech Case Rep](#). 2013; 5: 21-26.
11. N Kumar, M Rama Devi, S Vanaki, S Puranik. Dentigerous cyst occurring in maxilla associated with supernumerary tooth showing cholesterol clefts—a case report. [Int J Dent Clin](#). 2010; 2: 39–42.
12. Antunes Freitas D, Vergara Hernández CI, Díaz Caballero A, Comino Mol V, Ferreti Bonan PR. Quiste dentígero asociado con un diente ectópico en el seno maxilar: Reporte de un caso y revisión de la literatura. [Av. Odontoestomatol](#) 2011; 27: 283-288.
13. González J, Moret De González Y, Bandres C, Chirinos L, Guerra V, Hernández R. Quiste dentígero ubicado en rama mandibular - Reporte de un caso y revisión de literatura. [Acta odontol. Venez](#). 2011; 49: 1-8
14. Vázquez Diego J, Gandini Pablo C, Carvajal Eduardo E. Quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. [Av. Odontoestomatol](#). 2008; 24: 359-364.